Nations Unies E/ICEF/2001/P/L.10

Conseil économique et social

Distr. limitée
21 novembre 2000

Original: français

Pour information

Fonds des nations unies pour l'enfance
Conseil d'administration
Première session ordinaire de 2001
22-26 et 29 janvier 2001
Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

Note de pays**

République centrafricaine

Résumé

La Directrice générale présente la note de pays concernant le programme de coopération avec la République centrafricaine pour la période 2002 à 2006.

La situation des enfants et des femmes

1. La population de la République centrafricaine est estimée à 3,7 millions d'habitants (51 % de femmes et 49 % d'hommes), inégalement répartie sur une superficie de 623 000 kilomètres carrés. Cette population, qui croît à un taux annuel de 2,5 %, est jeune : les enfants de moins de 18 ans représentent 48 %, dont 17 % ont moins de 5 ans. Les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) constituent 24 % de la population totale. La République centrafricaine se classe au 165ème rang sur 174 pays selon l'indice de développement humain, avec un revenu par tête d'habitant de 330 dollars; 49 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (14 dollars ou moins par mois). Le processus de démocratisation a commencé en 1993. Malgré certaines perturbations entre 1996 et 1997, avec l'aide de la communauté internationale, le pays a retrouvé le chemin de la paix et de la stabilité. La politique de décentralisation et de régionalisation prônée par la constitution de 1995 tarde à se concrétiser, faute de mesures d'accompagnement conséquentes. Le pays a engagé des réformes macroéconomiques et financières avec les institutions de Bret-

* E/ICEF/2001/2.
** Un additif au présent rapport contenant la recommandation finale du programme de pays sera soumis à l'approbation du Conseil d'administration lors de sa deuxième session ordinaire de 2001.

00-75807 (F) 241100 241100

ton Woods, qui ont permis un léger redressement économique. Cependant, les résultats obtenus en fin 1999 restent fragiles à cause de la fraude fiscale et de la lenteur dans la réalisation du programme de privatisation.

2. Le Gouvernement a concrétisé sa volonté de mettre en oeuvre la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, par la vulgarisation du contenu des deux conventions (traduites en langue nationale Sango), la mise en place du Parlement et du Tribunal pour enfants, l'adoption du code de la famille, et la ratification des conventions de l'Organisation internationale du Travail No 138 sur l'âge minimum au travail et No 182 sur l'interdiction des pires formes de travail. Le rapport initial envoyé au Comité des droits de l'enfant en 1998 a été examiné à la session plénière de septembre 2000. Les recommandations faites sont prises en compte dans le présent programme. Le processus de rédaction du rapport initial au Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination a l'égard des femmes est en cours. Malgré tous ces efforts, l'application effective des droits de l'enfant et de la femme reste un grand défi, avec un faible taux d'enregistrement des enfants à la naissance (environ 50 %) et la pratique de l'excision sur près de 50 % des jeunes filles; 21 % des ménages sont dirigés par des femmes. La pauvreté, l'analphabétisme (70 %) et la surcharge de travaux pénibles expliquent la faible participation des femmes aux activités de développement communautaire.

3. La situation sanitaire de l'enfant s'est globalement dégradée ces dernières années, malgré quelques succès remportés par le programme. Les taux de mortalité infantile (97 pour 1 000 naissances vivantes) et infanto-juvenile (157 pour 1 000) demeurent encore très élevés. La faible couverture vaccinale (inférieure à 50 % depuis 1997) et la recrudescence de la rougeole, de la tuberculose, du paludisme, des maladies diarrhéiques, et des infections respiratoires aiguës restent préoccupantes. La malnutrition est un réel problème de santé publique : 84 % des enfants de 6 à 36 mois sont anémiés; 68 % présentent une carence en vitamine A; 28 % des enfants de moins de 5 ans accusent un retard de croissance; et 23 % souffrent d'une insuffisance pondérale. La mortalité maternelle reste élevée (948 pour 100 000 naissances vivantes). Ceci est dû, entre autres, aux hémorragies, dystocies, éclampsies, et aux infections, aggravé par l'anémie (50 % de femmes enceintes), la carence en vitamine A (17 %), et l'absence d'une politique de prise en charge des urgences obstétricales. Les grossesses précoces et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions sont des phénomènes préoccupants. Le taux d'accès à l'eau potable n'est que de 38 % en moyenne et les comportements en matière d'hygiène sont inadéquats.

4. L'évolution du VIH/sida, avec un taux de séroprévalence de 14 % pour l'ensemble de la population, place le pays au dixième rang des pays les plus infectés au monde (selon le rapport 2000 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida). Le VIH/sida est la première cause de mortalité en milieu hospitalier à Bangui depuis 1996. Chez les jeunes, la prévalence est plus élevée dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans, où les filles sont six fois plus infectées que les garçons. Chez les femmes enceintes, la prévalence de VIH/sida varie de 5 à 22 % selon les sites sentinelles. Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un facteur aggravant.

5. Le taux net de scolarisation des enfants de 5 à 12 ans a régressé de 63 % à 46 % entre 1996 et 1998, avec un écart important entre les garçons (53 %) et les fil-

les (39 %). Ce résultat est dû aux perturbations que le pays a connu, à une insuffisance d'infrastructures et d'enseignants qualifiés, ainsi qu'à des grèves répétées. Le taux de déperdition scolaire reste élevé (moins de 50 % des enfants inscrits achèvent le cycle primaire). L'accès des enfants de 0 à 4 ans a l'éducation préscolaire est quasiment nul à cause de l'absence d'une politique de développement de la petite enfance. La faiblesse du système éducatif, de l'encadrement parental et communautaire et les crises économiques ont contribué à l'augmentation du nombre d'enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection : 2 629 enfants vivant et travaillant dans la rue ont été identifiés en 1998 dans les six villes principales du pays, dont 13 % de filles et 87 % de garçons.

Enseignements tirés de l'expérience récente du programme

6. La collaboration avec les autres partenaires (Organisation mondiale de la santé, les Gouvernements de l'Allemagne, de la France et du Japon et l'Union européenne) a permis l'extension de l'Initiative de Bamako de 50 % à 100 % des districts sanitaires. La mise en place d'une base de données géoréférencées et l'élargissement de la gamme des indicateurs sociaux sur les enfants et les femmes ont permis une meilleure planification décentralisée. Dans la zone de concentration du programme, la participation communautaire s'est renforcée avec la création de 320 comités villageois de développement. L'expérience de décentralisation dans la zone de concentration du programme (préfectures de l'Ouham et de la Nana Grébizi) a mis en exergue l'importance de la stratégie de microplanification et de la participation dans l'attente de résultats pérennisables : le taux d'accès à l'eau potable est de 70 % et celui de la maintenance des forages de 90 %; le taux net de scolarisation des filles s'est amélioré en passant de 30 % en 1996 à 45 % en 1998 (contre une moyenne nationale de 39 %); et l'écart entre la scolarisation des garçons et des filles est quasi nul.

7. Dans la lutte contre les carences en iode qui était un fléau national majeur, l'engagement de l'État, le renforcement de l'intersectorialité et la collaboration avec le secteur privé, la Banque mondiale et le Programme alimentaire mondial ont été déterminants pour obtenir des résultats probants : le taux de consommation du sel iodé est passé de 4 % en 1990 à 87 % en 1998. L'exercice du bilan commun de pays (CCA) et du Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) a abouti à la désignation d'une zone commune d'intervention (préfectures de l'Ouham, de la Nana Mambéré et de l'Ombella Mpoko), afin de consolider et de transférer les acquis de l'expérience de l'UNICEF dans sa zone de concentration originelle, d'initier le processus de programmation conjointe et de déterminer la pertinence des stratégies à promouvoir. Ce processus a renforcé la coordination et la collaboration interagences pour des actions concertées. L'implication des organisations non gouvernementales (ONG), de la société civile et des institutions religieuses constitue une voie pour surmonter la faiblesse institutionnelle du Gouvernement afin d'augmenter la qualité et le taux d'exécution des activités, et d'habiliter la communauté pour se prendre en charge.

8. Cependant, certaines contraintes demeurent : la modicité des ressources allouées au secteur social, le retard et l'inefficacité de la mise en oeuvre de la politique nationale de décentralisation, la faiblesse des capacités nationales en matière de planification et de suivi, et l'absence de plan national de développement restent les défis à surmonter pour le prochain programme.

Stratégies proposées pour le programme de pays

9. L'élaboration de ce programme a été faite en étroite collaboration avec le Gouvernement et avec la participation active des autres partenaires (bilatéraux, multilatéraux, agences du système des Nations Unies, ONG, associations des femmes, Parlement des enfants et représentants de la société civile). En outre, les représentants des ambassades des pays membres du Conseil d'administration de l'UNICEF présentes en République centrafricaine ont participé à la réunion de stratégie.

10. L'objectif global du programme 2002-2006 sera de contribuer à la mise en oeuvre des droits de l'enfant et de la femme et de positionner l'UNICEF dans le processus du CCA/UNDAF comme un partenaire clef dans la lutte contre la pauvreté et l'habilitation de la famille et de la communauté. Les objectifs spécifiques du programme contribueront à : a) réduire la mortalité infanto-juvénile de 157 à 140 pour 1 000 naissances vivantes; b) réduire la mortalité maternelle de 948 à 860 pour 100 000 naissances vivantes; c) réduire la progression du VIH/sida parmi les jeunes et les femmes; d) améliorer la qualité de l'enseignement et augmenter le taux net d'accès à l'éducation de base de 46 % à 66 %; e) accroître le taux d'accès à l'eau potable en milieu rural de 40 % à 50 %; et f) promouvoir la mise en oeuvre des droits des enfants et des femmes.

11. Ces objectifs seront atteints grâce à la mise en oeuvre des cinq principales stratégies : prestation de services de base de qualité et accroissement de l'accessibilité géographique, plaidoyer et communication sociale pour le changement de comportement et la promotion des droits, renforcement du partenariat avec les adolescents, les ONG et les associations des femmes, habilitation des communautés et des femmes, et opérationalisation de la décentralisation.

12. Au niveau national, le programme contribuera au renforcement des capacités institutionnelles et au développement des politiques sectorielles. Au niveau régional, il s'agira de renforcer les acquis dans la zone de concentration du programme (13 % de la population du pays) et d'étendre la couverture dans la zone commune d'intervention interagences (27 % de la population); cela permettra la réplication des expériences acquises dans la zone de concentration du programme et la valorisation de l'approche droits/genre.

13. Le programme de coopération comprend cinq programmes. Le programme *survie de l'enfant et de la femme* contribuera à la réduction de la mortalité infanto-juvénile, et à la réduction de la mortalité maternelle, à travers le renforcement des acquis de l'Initiative de Bamako; la relance du programme d'immunisation; la mise en oeuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et des soins obstétricaux d'urgence; le renforcement de la lutte contre le paludisme; l'élimination des carences en micronutriments; l'éradication de la poliomyélite et de la dracunculose; la promotion des mesures d'hygiène, y compris l'accès à l'eau potable; la surveillance nutritionnelle à assise communautaire; et la promotion de l'allaitement maternel exclusif.

14. Le *programme lutte contre le VIH/sida et les IST* contribueront à : a) améliorer l'accès aux services d'information de base (conseil/dépistage anonyme) afin de promouvoir la prévention dans l'ensemble du pays en collaboration avec les ONG, les communautés et les personnes infectées; b) renforcer la prise en charge précoce des IST chez les adolescents et les femmes enceintes; c) promouvoir l'intégration de

l'information sur le VIH/sida dans les programmes scolaires; et d) favoriser la réduction de la transmission du virus VIH de la mère à l'enfant.

15. Le programme *éducation de base* se propose : a) d'augmenter le taux net de scolarisation dans la zone de concentration et d'intervention commune; b) de renforcer la qualité de l'enseignement primaire et préscolaire; c) de renforcer les capacités de la communauté pour la prise en charge de la petite enfance; et d) de promouvoir l'intégration des approches formelles et non formelles.

16. Le *programme promotion des droits de l'enfant et de la femme* vise à : a) renforcer le plaidoyer pour l'harmonisation des lois nationales avec les conventions et assurer une meilleure prise de conscience des lois par la population, les femmes et les enfants; b) renforcer la communication et le plaidoyer pour un changement de comportement, et la mobilisation de ressources; c) renforcer les institutions nationales, les systèmes judiciaires et législatifs; et d) promouvoir la protection spéciale et la réinsertion des enfants vivant dans la rue et ceux en conflit avec la loi.

17. Le *programme planification suivi-évaluation* vise à : a) contribuer au développement des capacités nationales en matière d'élaboration de politiques sociales; b) renforcer le suivi de la situation des enfants et des femmes et de l'application des deux conventions, ainsi que d'exécuter un plan intégré de suivi et d'évaluation du programme de pays; c) contribuer à la mise en oeuvre de la politique nationale de décentralisation-régionalisation; et d) renforcer les capacités des communautés de base, des jeunes et des femmes, par la promotion de la participation communautaire.

18. Les coûts transversaux contribueront à la prise en charge du personnel, à l'acquisition des ressources matérielles et à la gestion des urgences sur la base d'un plan de préparation à l'urgence.

Montant estimatif du budget

Montant estimatif du programme de coopération 2002-2006[a]

(En milliers de dollars des États-Unis)

	Ressources ordinaires	*Autres ressources*	**Total**
Survie de l'enfant et de la femme	2 732	2 000	**4 732**
Lutte contre le VIH/sida et les IST	1 000	1 500	**2 500**
Éducation de base	1 200	1 000	**2 200**
Promotion des droits de l'enfant et de la femme	1 000	500	**1 500**
Planification et suivi-évaluation	1 000	–	**1 000**
Coûts transversaux	800	–	**800**
Total	**7 732**	**5 000**	**12 732**

a Ces chiffres sont indicatifs et sujets à modification une fois que les données financières globales seront connues.